STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

客户身份：

计划：

我们需要以下信息以确定您是否有资格享受 _____：

如果您需要帮助，或需要更长时间以提交任何信息项目，请给我打电话_____。

无法提供以上要求的信息可能导致您的援助申请被否决。

_____

社工

_____

社区服务办公室

电话号码：_____